

康涅狄格州免疫登記及查詢系統 (CIRTS)

註冊/行政管理辦公室：DPH, 410 Capitol Avenue – MS #11 MUN, Hartford, CT 06134-0308 電話：(860) 509-7929

孩子為您帶來希望和喜悅，同時也帶給您責任。康涅狄格州公共衛生部希望確保您的嬰兒接受他/她所需的所有免疫接種，以保證孩子的健康。您的孩子在兩歲前需要接種 15-19 種不同的疫苗。種類之多，不易記清。我們可以幫助您把孩子註冊到康涅狄格州免疫登記及查詢系統 (CIRTS)。

CIRTS (康涅狄格州免疫登記及查詢系統) 將：

- 跟蹤孩子的接種記錄，如果孩子缺少了一種疫苗，會通知您或您的醫生。
- 您更換醫生或診所時，讓新的醫生或診所查詢孩子的記錄。
- 快速為您提供孩子進入幼兒園、學校或夏令營前接種疫苗的日期。您無需再等待！
- 將來能輕易地為您提供信息 - 即使您遷離康涅狄格或孩子的醫生退休。

接種疫苗是有效的! 它們保護您的孩子不患麻疹、腮腺炎、小兒麻痺、百日咳、腦膜炎和水痘。很多父母從未見過這些疾病，但它們可能是很危險的。每年都有孩子因為這些疾病死亡或變成殘障。這些疾病可引起紅疹、發燒、咳嗽、哽塞、腦損傷、心臟問題、耳聾和失明。

您孩子的免疫資訊將獲得保密，僅限於和您、您的醫生或診所、或協助您預約的保健人員分享。**這些資訊不與移民局分享。**

是，我希望為我的孩子註冊 (請用正楷英文字母填寫)

嬰兒姓名： _____ 生日： ____ / ____ / ____ 性別： 男 女
(名) (中間名) (姓) 月 日 年 (請圈選)

母親姓名： _____ 母親生日： ____ / ____ / ____
(名) (本姓) (姓) 月 日 年

地址： _____ 城鎮： _____ 州： _____ 郵政編碼： _____

電話號 () _____ 緊急聯絡電話號碼 () _____ 緊急聯絡人? _____
碼

孩子醫生的姓 _____ 孩子的診所或醫院名 _____
名： _____ 稱： _____

該醫生/診所/醫院在哪一城 _____ 您的孩子在哪所醫院出 _____
鎮? _____ 生? _____

我同意將我孩子的資訊登記到 **CIRTS** 系統中。我也授權 **CIRTS** 工作人員或他們的授權代表、或我的保健人員使用或查詢這些資訊，善意地用於診斷、治療、或確認與我孩子相關的接種疫苗問題。



父母簽名

日 / /
期： ____ / ____ / ____
月 日 年

如果您不希望參加，請在下欄簽名，否則您的孩子將被自動登記入 **CIRTS**。

